

Carpale-tunnelsyndroom, Déjà vu

Carpale-tunnelsyndroom

Het septembernummer van *Huisarts en Wetenschap* bevatte een waardevol artikel aangaande het carpale-tunnelsyndroom.¹ In het kadertje met praktische aanwijzingen trof ik een zin, die het niveau van het artikel te kort doet: 'Men spuit 1cc (=10 mg) corticoïd, bijvoorbeeld Kenakort A10 zonder xylocaïne, in de lengterichting in de tunnel.' Hier wordt de indruk gewekt als zou de hoeveelheid ingespoten vloeistof belangrijker zijn dan de concentratie en in elk geval de relatieve werkzaamheid van het gebruikte corticosteroid. Mijns inziens hoort bij het voorschrijven van toedienen van medicamenteuze behandeling een nauwkeurige omschrijving van wijze van toedienen én dosering; in dit geval iets als: men spuite 1cc triamcinolonacetoneïde 10mg/ml in de lengterichting in de tunnel. Hetzelfde bezwaar geldt de tabel met vergelijkende cijfers: het is niet duidelijk welke ooftsoorten met elkaar vergeleken worden, en of het fruit onderling van formaat verschilde.

Overigens past het ons blad generische terminologie te hanteren.

Rob Jamin

¹ Lagro-Jansen T. Het carpale-tunnelsyndroom. *Huisarts Wet* 1989; 32(10): 370-5.

Naschrift

De vele (positieve) reacties en vragen naar aanleiding van het artikel over het carpale-tunnelsyndroom zijn globaal tot twee thema's te herleiden: vragen over risicofactoren die in de huisartspraktijk een rol spelen bij het ontstaan van het carpale-tunnelsyndroom, en vragen van praktische aard over de therapie.

Risicofactoren

Het onderzoek van *De Krom* is het enige case-controle onderzoek naar risico-indicatoren voor het ontstaan van het carpale-tunnelsyndroom.¹ De onderzochte populatie komt deels uit de algemene bevolking en deels uit een polikliniek neurologie. Onderzoek met deze vraag uit de huisartspraktijk is mij niet bekend. Conclusie: ik kan de vraag betreffende risico-indicatoren niet exact beantwoorden. We kunnen echter wel nagaan of de in de literatuur genoemde en door *De Krom* onderzochte uitlokende factoren de empirie van huisartsen benaderen.

Er blijkt, aldus *De Krom*, een opvallende associatie te bestaan tussen activiteiten waarbij de pols in extensie (schrobben, strijken) of in flexie (tillen) wordt gehouden, en daarbij stijgt de kans op het carpale-tunnelsyndroom met de

duur van de pols-belastende activiteiten. In de overgang komt carpale-tunnelsyndroom eveneens meer voor en hetzelfde geldt voor vrouwen met een uterusextirpatie. (Of wordt het syndroom dan meer gepresenteerd?) Zwaarlijvige, gedrongen mensen lopen een aanzienlijk hoger risico. Een relatie met de in de literatuur genoemde co-morbiditeit zoals diabetes mellitus, schildklier-aandoeningen en reumatoïde artritis kon niet worden aangetoond, maar de prevalentie van deze aandoeningen in de onderzochte populatie was laag.

In onze praktijk presenteerden zich in 1988 zeven patiënten met een carpale-tunnelsyndroom, allen vrouwen:

- 1 30 jaar oud, trisomie van Down, carpale-tunnelsyndroom rechts na een aantal dagen voortdurend in boekjes te hebben gebladerd.
- 2 68 jaar oud, diabetes mellitus, hypertensie, carpale-tunnelsyndroom rechts na stoppen met jarenlang gebruik van diuretica.
- 3 26 jaar oud, 30 weken gravida, dubbelzijdig carpale-tunnelsyndroom zonder aanleiding.
- 4 56 jaar oud, hypertensie, jarenlang last van dubbelzijdig carpale-tunnelsyndroom; presentatie omdat zuster recent is geopereerd.
- 5 31 jaar oud, hypothyreïdie, carpale-tunnelsyndroom rechts na veel handwerken.
- 6 42 jaar oud, nerveuze klachten, carpale-tunnelsyndroom rechts zonder aanleiding.
- 7 63 jaar, dubbelzijdig carpale-tunnelsyndroom; binnen een jaar manifesteert zich een ernstige polyarthritisch rheumatica.

Behalve de zwangere vrouw en casus 7 gaat het om kleine, dikke vrouwen, allen in bezit van de uterus. De helft heeft pols-belastende activiteiten uitgevoerd. De met carpale-tunnelsyndroom geassocieerde aandoeningen lijken bij onze patiënten relatief vaak aanwezig. Interessant is de familiaire belasting; dit jaar zag ik een jonge vrouw met een dubbelzijdig carpale-tunnelsyndroom, wier broer hier voor reeds een operatie had ondergaan. Onderzoek in dit verband naar een familiaire predispositie is mij onbekend; men spreekt wel sporadisch over een familiaire verdikking van het retinaculum flexorum.

Voor alle duidelijkheid: dit navoren in de eigen populatie heeft alleen tot doel risicofactoren uit de praktijk te laten spreken tegen de achtergrond van de studie van *De Krom*.

Therapie en praktijk

- De beschreven spalken (hexelite, polsbrace) zijn bedoeld om geladeerde structuren rust te geven en aldus compressieverschijnselen te verminderen.

Hexelite ziet er uit als een plaatje in ruitmorfie, een soort wit grof gaas. Bij 70°C wordt het vervormbaar en kan het in iedere gewenste vorm gemodelleerd worden. Deze temperatuur maakt

werken met blote handen net mogelijk; de meer gevoeligen onder ons kunnen plastic handschoenen dragen. De pols wordt gefixeerd in een rechte stand; vingers en duim blijven vrij. Ook de bovenkant, de dorsale zijde, van de hand blijft onbedekt. De patiënt kan dus zelf iedere nacht het spalkje omdoen en het met een zwachtel (laten) fixeren.

Er zijn verschillende maten. Voor een polsspalk voldoet 38×15 cm, kosten per stuk NLG 4,90 en per 15 stuks NLG 66,90 (exclusief 6% BTW). Men kan het via de fysiotherapeut of samen met de waarnemergroep bestellen.

Hexelite kan worden besteld bij Rafijs Fysiotherapeutische Hulpmiddelen, Postbus 913, 7550 AX Hengelo; telefoon 074-776.837. Het vilt, de binnenvbekleding van de spalk, kan daar eveneens worden besteld; men kan ook een ander zacht materiaal gebruiken.

- Wat de injectie betreft: de reactie van Jamin spreekt voor zich.

Er is veel gevraagd naar complicaties van het sputten. In theorie zijn infecties, neuritis van de nervus medianus en rupturen van pezen mogelijk, maar in de literatuur worden geen complicaties van dien aard uit de praktijk gemeld. Ook in onze huisartsengroep had niemand complicaties gezien.

- Twee specialisten vonden dat het succes van een operatie te zwak was afgeschilderd. Een huisarts daarentegen – een oude rot in het vak – vond mijn enthousiasme over de scalpel ongepast. Een goed uitgevoerd onderzoek moet daar in de toekomst opheldering over verschaffen. Overigens zijn alle patiënten uit onze praktijk hetzelfde klachtenvrij, hetzelfde sterk verbeterd na het dragen van een polsspalk. Alleen casus 7 werd geopereerd, maar het succes hiervan werd overschat door de artritis.

T. Lagro-Janssen

¹ De Krom MCTFH. Carpal tunnel syndrome. An epidemiological study [Dissertation]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1989.

Déjà vu

De eerste redactionele pagina (493) van het dertiende nummer van de vorige jaargang van *Huisarts en Wetenschap* valt op doordat het 'In dit nummer' ontbreekt. Mijn eerste gedachte is dat er met de productie van het nummer iets is misgegaan op de drukkerij. Op de omslag staat zoals gebruikelijk de inhoud. Ik tel vier titels van onderzoeken op 12 pagina's en voorts 33 pagina's onder de verzameltitel Standaarden.

Aangekomen op pagina 509 en volgende krijg ik een 'déjà vu'-gevoel en raadpleeg ik – voor alle zekerheid, een mens wordt tenslotte ouder – de verschillende nummers van de 32e jaargang, en ja hoor, exact dezelfde tekst!

Ik waardeer het initiatief van het Genootschap en het elan waarmee het standaardenbeleid wordt uitgevoerd. Dat het NHG-bestuur de in 1989 in *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerde acht standaarden nu ook nog eens gebundeld ter beschikking wil stellen van de Nederlandse huisartsen c.q. lezers van het tijdschrift, is niet aan de orde. Wél aan de orde is, dat deze verzameling 'herdrukken' niet moet worden afgedrukt in een wetenschappelijk tijdschrift als *Huisarts en Wetenschap*, ook al draagt het de subtitel 'Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap'. Zo iets ondermijnt de standing (standaard?) van het tijdschrift.

A. Hofmans

Naschrift

Ingezonden brieven zijn altijd welkom, maar de redactiecommissie stelt een reactie van haar oud-voorzitter extra op prijs.

De commissie deelt zijn mening echter niet, hoewel de argumentatie wordt gerespecteerd. De bundeling van de eerste serie NHG-standaarden in het dertiende nummer van 1989 is tot stand gekomen in overleg met het NHG-bestuur en de uitgever, zowel om een grotere bekendheid te geven aan deze speerpunt van het NHG-beleid als uit documentatie-overwegingen.

Bij de afweging van wat in aanmerking komt voor publikatie in *Huisarts en Wetenschap* wordt steeds rekening gehouden met de twee elementen die nevengeschikt zijn vermeld in de naam van dit tijdschrift: de *huisarts* en de *wetenschap*. Beide elementen dienen steeds herkenbaar te blijven, maar de onderlinge verhouding zal vaak verschillen.

Bij de gewraakte bundeling van de standaarden ligt de nadruk sterk op de kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening door de huisarts. 'Wetenschappelijk' gezien was deze bundeling inderdaad niet nodig, maar of dat dan een ondermijning betekent van het wetenschappelijke karakter van dit tijdschrift, is een gevolutrekking waarover men van mening kan verschillen.

Namens de redactiecommissie,
Frans J. Meijman, voorzitter

Mijn pijn is toch niet ingebeeld? Chronische pijn in een biopsychosociaal perspectief Van Houdenhove, red. Leuven, Amersfoort: Acco, 1989; 175 bladzijden, prijs NLG 28,75. ISBN 90-334-2005-8.

In dit boek geeft het pijnteam van de pijnkliniek van de Universitaire Ziekenhuizen van de Katholieke Universiteit van Leuven een beknopt overzicht van de vele wegen waarlangs gezocht wordt naar een effectieve aanpak van het chronische benigne pijnssyndroom. Op overzichtelijke wijze wordt een beeld gegeven van de veronderstellingen, die – meer of minder gesteund door de uitkomsten van onderzoek – de uitgangspunten vormen voor de wijde variatie van strategieën die worden aangewend bij dit hardnekkige en moeilijk te behandelen klachtenpatroon.

Wie langsheen de – hier en daar opvallende Zuidnederlandse – zinsconstructie leest, krijgt in beperkte tijd een volledig overzicht van wat zoal geprobeerd kan worden. Een bloemlezing uit de schier onuitputtelijke literatuur – die toch maar zelden op echte successen kan wijzen – opent mogelijkheden voor de meer geïnteresseerden om zich verder te oriënteren.

Naar mijn smaak te summiér wordt op de rol van de huisarts gewezen. Deze moet bij problemen met het vaststellen van een somatische reden voor de pijn van zijn patiënt veel eerder een tweesporenbeleid volgen en naar connecties met de levensproblematiek zoeken. Hiermee zou het ontstaan van een chronisch pijnprobleem worden voorkomen. Onderzoeksresultaten die deze veronderstelling zouden kunnen steunen, worden niet genoemd. Tenslotte is de huisarts ook de figuur aan wie de patiënt kan worden overgelaten na zijn passage door de pijnkliniek! Dit wekt mijn achterdocht: in welke toestand? Genezen? Verbeterd? Enigszins verbeterd? Niet achteruitgegaan? De tabel van resultaten van behandelingen heeft merendeels betrekking op te geringe aantallen om enige zekerheid omtrent het gemelde effect te hebben.

Maar hoop doet leven en het enthousiasme van de auteurs is hoopvol.

W.W. Oosterhuis

Craniomandibular disorders in headache patients [Dissertatie] Schokker P. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989; 91 pagina's. ISBN 90-9003106-5.

Hoofdpijn is een van de meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk. Veelal wordt de oorzaak buiten de mond en aangrenzende structuren gezocht. Hoewel het trias adolescent, hoofdpijn en foetor ex ore in de richting van een geïmpakteerde derde molaar wijst en effectief te

behandelen is, dient bij de differentiële diagnose van hoofdpijn ook de conditie van het kauwstelsel te worden betrokken.

Uit dit proefschrift blijkt dat een zogenaamde craniomandibulaire dysfunctie eveneens tot hoofdpijn kan leiden. De auteur onderzocht daartoe patiënten die wegens chronische hoofdpijn naar de neuroloog waren verwezen. De patiënten klaagden niet over problemen met kauwen of bewegingen van de kaak. Meer dan de helft van de patiënten vertoonde toch een eenzijdige dysfunctie van het craniomandibulaire systeem, myogene van aard, met een dubbelzijdige hoofdpijn. Een groot verschil tussen de actieve en passieve maximale mondopening kon daarbij een selectiecriterium zijn.

Naast een dysfunctie van het kauwapparaat moet bij patiënten met hoofdpijn worden gelet op een 'scheef gezicht', een asymmetrie van het craniofaciale gebied. Vaak komt bij deze patiënten een trauma in de anamnese voor. Veranderingen in de weke delen hebben uiteindelijk invloed op de morfologie van de benige structuren.

Omdat in meer dan de helft van de patiënten met een craniomandibulaire dysfunctie de hoofdpijn kon verminderen door een spalk, fysiotherapie, laserbehandeling bij gewrichtsklachten en adviezen, pleit de auteur voor een multidisciplinaire aanpak.

Tot slot nog een opmerking over de leeftijd van de patiënten. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten bij wie niet de hoofdpijn maar de kauwproblemen op de voorgrond staan, op jongere leeftijd hulp zoeken; de leeftijd van de onderzoekspopulatie met chronische hoofdpijn bedroeg namelijk 41 jaar.

Kennisneming van de bevindingen van dit onderzoek kan bij de vrijwel alledaagse klacht hoofdpijn verbreding van de diagnostische horizon betekenen.

K. Gill

Guide to effective care in pregnancy and child birth Enkin M, Keirse JNC, Chalmers I. Oxford: Oxford University Press, 1989; 376 bladzijden, GBP 9.95; ISBN 0-19-261916-0.

In The Oxford Database of Perinatal Trials zijn de afgelopen tien jaar alle verloskundige onderzoeken sinds 1950 bijeengebracht, zowel de gepubliceerde als niet-gepubliceerde. Er is een rangorde aangelegd in de zeggingskracht van de onderzoeksresultaten, waarbij de gerandomiseerde studies het hoogst noteren. Van alle mogelijke verloskundige handelingen en opvattingen kan worden nagegaan, in hoeverre deze steun vinden in onderzoeksresultaten. Via de computer is dit bestand in zijn actuele versie te raadplegen.